

SRE - C - 2.5 - 09 - 0367

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika

foundation

Building block of life.

APPLICATION No.:

आवेदन संख्या :

S/0925/0459

APPLICATION DATE:

आवेदन तिथि

06-9-25

NAME of APPLICANT:

आवेदक का नाम

Mr. Baburam

AGE-YEARS आयु-वर्ष

66

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME:

पिता/कटुम्ब का नाम

late Mr. Mangru

PRESENT RESIDENCE ADDRESS

वर्तमान आवासीय पता

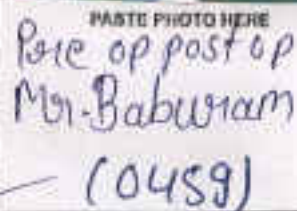
Village - Chaurina, Khundi, Nagalheru,
Nagalheru, Saharanpur, Uttar Pradesh.
247269

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS

स्थायी आवासीय पता

Same as above

PASTE PHOTO HERE



Pic of post of
Mr. Baburam
(0459)

OCCUPATION:

व्यवसाय

Labourer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

47,000

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No.

सर्वोत्तम संख्या

NA

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाखल हैं (जो मान्य हो उस पर खड़ी को निशान लगाएं)

Yes / No

हां / नहीं

FAMILY DETAILS - परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्य का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
01	Vishal	30	M	Son
02	Rohit	28	M	Son
03	Rohan	26	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये निम्नलिखित आधार

BPL Card (Attach Card Copy) भूतल संकेत के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोक्ता कार्ड (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	--	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये चिकित्सीय उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई उपचार/प्रेस्क्रिप्शन सूची संलग्न
	Diagnosis - RE - senile cataract IF - senile cataract
	Surgery - IF - SICCS with PMMA

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लीया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED तो गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT (अर्शेदक द्वाय मीरल मयः)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मै मीरल मयः हूँ कि इस द्वाय मीरल मयः में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई गलतियन एवं कथन सत्यता पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं द्वाय में सहायता मांग "कोशिका फाउन्डेशन" से ही जा रही हूँ, जिसका उपयोग केवल उद्देश्य की पूर्ति के लिए होगा। मैं इस द्वाय में यह सत्य हूँ।
- 3) मैं यहाँ कहती हूँ कि मैंने सहायता हेतु यह प्रार्थना की नहीं है, उस मांग का पूर्ति न करके किसी विदेशी अथवा प्रोप्राइयेटर/बीमा कम्पनी से न हो सहायता है और न ही भविष्य में नूँछ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेदक द्वाय मयः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/produce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस द्वाय पर अपने हस्ताक्षर या अंगुली का निशान देकर, मैं (अर्शेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस द्वाय में घोषित है, उसे "कोशिका" द्वारा मासिक, दूर, साप्ताहिक दूरदर्शन से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रकार के माध्यम से प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरी द्वाय का निष्पत्ति मेरी सहायता के प्रत्येक या सत्य से करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से जा सकती अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्शेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के उद्देश्यों से घोषित है उसे सहायता के इच्छुक नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" द्वारा उसके ट्रस्टियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेदक की हस्ताक्षर या अंगुली का निशान

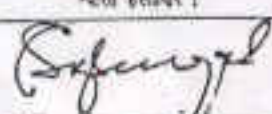


AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वाय मयः)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमसे अधिकृत, हस्ताक्षर की जाते हैं हमारे अधिकृत हस्ताक्षर के द्वारा "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्यता दे सकते हैं।
- 1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी सकारणी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से उठा ली जायगी या लेने का प्रयत्न होगा, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/विशेष उद्देश्य के माध्यम से "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय मयः हेतु है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय सहायता विधि सिफारिश/उत्पाद हेतु मन्तु नहीं किया जाता है तो सहायता किसी अन्य स्रोत या सकारणी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय चरण उद्देश्य/मासिक हेतु किसी भी सकारणी स्रोत या किसी अन्य स्रोत से नहीं लेता/लेगी।
 - 2) "कोशिका फाउन्डेशन" से ही गई सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी पर हस्पताल द्वाय की गई सहायता या निम्न सत्य उपचार/उद्देश्य का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वाय किसी प्रकार का कोई दायित्व नहीं है। इसलिए हस्पताल में रोगी को इलाज शुरू और करने जाने की सभी जिम्मेदारियाँ रोगी एवं हस्पताल की होंगी और "कोशिका" को कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख 06-9-25	 DR. SUNIL VERMA DMC No- 70634 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पर हस्ताक्षर करने वाले अधिकारी 
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आन्तरिक उपयोग हेतु		
SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1 		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2 